

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Influência da Condição Social no Declínio Mnésico, Risco de Demência e Depressão, e Envolvimento Social em Idosos Insulares**

**Salomé do Álamo Martins de Vasconcelos**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Influência da Condição Social no Declínio Mnésico, Risco de Demência e Depressão, e Envolvimento Social em Idosos Insulares**

**Salomé do Álamo Martins de Vasconcelos**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Arlette Verhaeghe e Professora Doutora Sandra Fernandes

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)**

**2016**

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Arlette Verhaeghe e à Professora Doutora Sandra Fernandes, pela orientação, por todo o apoio, compreensão e motivação.

Ao Professor Doutor Luís Querido, pela disponibilidade e apoio estatístico.

A todos os participantes deste estudo, em particular aos utentes do Lar D. Pedro V que me incentivam, todos os dias, a lutar pelos meus sonhos.

Aos meus amigos Andreia, Mariana, Cláudia, Mónica, Maria e Hugo, que se demonstraram sempre disponíveis para me ajudar, para me ouvir, e para me darem aquele abraço quando mais precisei.

Às minhas irmãs, Catarina e Helena, por todo o carinho, palavras de conforto e apoio incondicional.

Ao meu pai, que foi o meu grande suporte nesta jornada.

Obrigado a todos os que acreditaram em mim.

## **Resumo**

A tendência ao envelhecimento demográfico, assistido pela nossa sociedade ao longo dos últimos anos (INE, 2015), tem sido alvo de maior atenção ao nível da investigação.

O presente estudo procura verificar a influência da condição social – residir em lar e frequentar centros de convívio – no desempenho mnésico, risco de demência e depressão e envolvimento social em idosos insulares. Foram administradas diferentes escalas de avaliação: A Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição, a Escala de Avaliação da Demência – 2, a Escala de Depressão Geriátrica – 15 e a Escala de Envolvimento Social.

Duas hipóteses foram levantadas: que os idosos institucionalizados diferem significativamente dos idosos frequentadores de centros de convívio nas quatro variáveis, sendo os idosos institucionalizados mais prejudicados; e, que a condição social é preditora do declínio mnésico, dos riscos de demência e depressão e do envolvimento social dos idosos. Para testar as hipóteses foi realizada uma análise de variância multivariada, que permitiu a comparação do desempenho dos participantes nas duas condições, nas diferentes escalas, e análises de regressão hierárquica, de modo a examinar o papel preditivo da condição social, nas diferentes variáveis em estudo.

Os resultados revelaram diferenças significativas entre as duas condições nas diferentes variáveis. Através das análises de regressão hierárquica observou-se que a condição social é preditora do declínio mnésico e do risco de demência; que o principal preditor da depressão é o envolvimento social; e que os principais preditores de envolvimento social são a idade e o género. Estes resultados corroboram, em grande medida, as hipóteses levantadas, e vão ao encontro das evidências de estudos anteriores. As implicações deste estudo apontam para a necessidade de promoção de atividades

fomentadoras do envolvimento social nos idosos institucionalizados, tendo por base a diversidade e idiosincrasia de cada processo de envelhecimento.

**Palavras-chave:** idosos, condição social, declínio mnésico, risco de demência, risco de depressão, envolvimento social.

## **Abstract**

The demographic trend of population aging, assisted by our society over the past few years (INE, 2015), has been a subject of more attention in terms of research. The objective of the present study is to verify the influence of social condition – living in nursing homes and attend social centers - in memory decline, risk of dementia and depression, and the social engagement of island elderly. It was administered different scales of evaluation: Weschler Memory Scale – 3rd Edition, Dementia Rating Scale – 2, Geriatric Depression Scale – 15 and Social Engagement Scale.

Two hypothesis were raised: That institutionalized elderly differ significantly from those elderly patrons participating in social centers in regards to memory decline, risk of dementia, depressive symptoms and level of social engagement. To test these hypothesis a multivariate analysis was conducted to compare performance, of participants, under both conditions, in different scales; and analysis of hierarchy regression to examine the predictive roll of the social condition.

The results reveal significant differences between both conditions in its different variables. Institutionalized elderly and elderly patrons that participate in social centers in regarding to memory decline, risk of dementia, depressive symptoms and level of social engagement. Through analysis of hierarchical regression, it was possible to observe that social condition is a factor for memory decline and risk of dementia; that the principal factor of the depression is social engagement; and that the principal factors for social engagement are age and gender. These results prove largely the raised hypothesis, and point to findings of previous studies. The implication of this study towards to the necessity of promoting activities that permit social engagement of institutionalized elderly, focusing on diversity and idiosyncrasy of each ageing process.

**Keywords:** Elderly, social condition, memory decline, risk of dementia, risk of depression, social engagement.

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>2</b>
Lares e Centros de Convívio – duas respostas sociais .....	4
Funcionamento Mnésico e envelhecimento .....	5
Demência e envelhecimento .....	7
Depressão e sintomatologia depressiva nos idosos .....	9
Envolvimento Social na velhice .....	11
Hipóteses deste estudo .....	12
<b>Método .....</b>	<b>13</b>
Participantes .....	13
Instrumentos .....	14
Escala de Barthel .....	14
Mini Mental State Examination (MMSE) .....	15
Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição (EMW-III) .....	15
Escala de Avaliação da Demência – 2 (EAD-2) .....	16
Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15) .....	16
Escala de Envolvimento Social (EES) .....	17
Procedimento .....	17
<b>Resultados .....</b>	<b>18</b>
Correlações entre as variáveis do estudo .....	19
Análises de Regressões Hierárquicas .....	20
<b>Discussão .....</b>	<b>24</b>



Implicações práticas .....	26
Limitações e estudos futuros.....	27
<b>Referências</b> .....	29

## Índice de Quadros

Quadro 1 – <i>Características Demográficas da amostra</i> .....	14
Quadro 2 - <i>Médias e desvio-padrão dos instrumentos nas duas condições sociais, lar e centros de convívio</i> .....	18
Quadro 3 – <i>Coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis</i> .....	19
Quadro 4 - <i>Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de memória</i> .....	21
Quadro 5 - <i>Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de demência</i> .....	21
Quadro 6 - <i>Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do risco de depressão</i> .....	22
Quadro 7 - <i>Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível do envolvimento social</i> .....	23

“O que viveu mais não é aquele que viveu até uma idade avançada, mas aquele que  
mais sentiu na vida.”

Jean-Jacques Rousseau (s/d)

## Introdução

Em Portugal Continental, e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) “(...) O índice de envelhecimento no final do ano de 2014 atingiu 144 pessoas idosas por 100 jovens” (p. 102). Por sua vez, os Açores apresentam também um elevado índice, ainda que menor comparativamente com o Continente, que contempla 79 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2015). Mais especificamente em relação à ilha Terceira, ilha que serviu ao estudo, de acordo com o Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA, 2015), esta apresenta um índice de envelhecimento de 94 idosos por cada 100 jovens. Esta tendência ao envelhecimento demográfico, assistido pela nossa sociedade ao longo dos últimos anos, traduzido por um aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de natalidade (INE, 2015), tem vindo a ser alvo de maior atenção e reflexão ao nível da investigação, particularmente na qualidade de vida e bem-estar que poderemos esperar desses anos adicionais (Fonseca, 2014).

Como referido por Fonseca (2014), o processo de envelhecimento é marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam, e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências que comporta, sendo muito diferenciado de pessoa para pessoa. Desta forma, parece fazer sentido nos focarmos em aspetos mais subjetivos e idiossincráticos dos processos de envelhecimento dos indivíduos, como serve de exemplo o contexto em que estão inseridos.

Baltes e Smith (2003, cit. por Paúl, 2014) referem que 80% dos idosos mais velhos (85+)<sup>1</sup> apresentam um declínio em 3 das 6 seguintes áreas: visão, audição; força; capacidade funcional; atividades de vida diárias e atividades instrumentais; cognição;

---

<sup>1</sup> De acordo com vários investigadores (e.g. Hooyman & Kiyak, 2008; Quadagno, 2008, cit. por Erber, 2013) a idade cronológica pode ser categorizada em 3 grupos, sendo que quanto menos idade, menos declínio funcional: Idoso-jovem (dos 65 aos 74 anos); idoso-idoso (dos 75 aos 84) e idoso-velho (mais de 85).

contactos sociais e felicidade. Porém, apesar desses declínios, Costa, Yang e McCrae (1998) consideram que as pessoas idosas tendem a desenvolver recursos que lhes permitem atenuar o impacto dos acontecimentos de vida mais negativos, através de estratégias que dependem, em muito, do tipo de personalidade dominante, e também da capacidade de controlo interno e externo desenvolvido ao longo do ciclo vital.

É sabido que no decurso do processo de envelhecimento são notórias perdas de origem biopsicossocial, o que revela uma necessidade de desenvolver uma abordagem mais holística na avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes, que dê uma maior ênfase às atividades que as mesmas são capazes de realizar, de modo a desenvolver um sentido de controlo sobre as suas vidas (Fonseca, 2014). De facto, o declínio da saúde em geral, pode apresentar-se como uma barreira, mas não como um determinante absoluto, uma vez que a perceção e o relato de bem-estar psicológico estão fortemente ligados a outras variáveis como o estado civil, o local onde se reside, o rendimento e as relações familiares e sociais (Fonseca, 2014).

É então, partindo dos pressupostos acima referidos, que faz sentido falarmos dos fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido que é definido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2015). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde foca-se em 2 grandes conceitos: capacidade intrínseca e capacidade funcional. O primeiro tem que ver com as capacidades físicas e mentais de que o indivíduo beneficia em determinado momento, sendo que a capacidade funcional, por sua vez, é definida como os atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam (OMS, 2015).

De acordo com Paúl (2014), a saúde apresenta-se como um elemento central quando falamos no processo de envelhecimento, uma vez que é inerente às condições

presentes, passadas e futuras dos indivíduos. Contudo, esta pode ser influenciada por variáveis psicológicas e sociais, modificáveis e por isso não negligenciáveis nos resultados obtidos ao nível da saúde e do bem-estar dos idosos (Paúl, 2014).

Num artigo de revisão sobre o envelhecimento populacional e as suas tendências, Christesen, Doblhammer e Vaupel (2009) referem que os indivíduos institucionalizados têm sido excluídos de muitos estudos e que, apesar da prevalência de doença na população idosa ter aumentado ao longo do tempo, pouco se sabe da tendência quanto à função cognitiva e à demência.

O presente estudo procura analisar a relação entre duas condições sociais diferentes (idosos institucionalizados e frequentadores de centros de convívio), e o declínio mnésico, riscos de demência e depressão, e envolvimento social. Dada a escassez de investigação que explore estas questões em Portugal com população idosa, e em particular açoriana, o presente estudo contou com a participação de idosos institucionalizados (residentes em Lar) e idosos que frequentam Centros de Convívio na Ilha Terceira, Açores.

Tendo em conta que se trata de uma população com uma identidade cultural peculiar, é importante referir que grande parte das profissões destes insulares estão em harmonia com a natureza (como a agricultura, pecuária, atividade piscatória), bem como que se trata de um povo que assume um compromisso entre o passado e o presente, através da sua cultura de festas populares que vão desde hábitos e costumes religiosos a profanos, passando pela culinária, folclore, música e dança (Fialho & Condessa, 2013).

### **Lares e Centros de Convívio – duas respostas sociais**

De acordo com o Instituto de Segurança Social (2015), os Lares e Centros de Convívio são ambas respostas de apoio social cujo objetivo é privilegiar a manutenção

dos utentes no seu ambiente familiar e social, promovendo o apoio à família. De entre os diversos tipos de resposta, a mais adequada é feita em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas.

O lar, ou estrutura residencial para pessoas idosas, é um equipamento social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente dos utentes, tendo como objetivos: proporcionar serviços permanentes e que vão de encontro às necessidades biopsicossociais do idoso, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, procurar criar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar, assim como potenciar a integração social (ISS, 2015).

Por sua vez, o centro de convívio é um equipamento social que organiza atividades recreativas e culturais, por dinâmica dos próprios idosos, tendo como objetivos: a prevenção da solidão e isolamento, o incentivo, a participação e a inclusão dos idosos na vida social local, a promoção de relações pessoais e intergeracionais, e o evitamento ou adiamento do recurso a estruturas residenciais, de modo a contribuir para a manutenção das pessoas idosas no seu meio natural de vida (ISS, 2015).

Segundo o Portal do Governo dos Açores ([www.azores.gov.pt](http://www.azores.gov.pt)), a ilha Terceira, em 2011, contava com 34 centros de convívio, 6 lares e 1 centro de dia.

### **Funcionamento Mnésico e envelhecimento**

Há várias evidências de que existe um declínio na memória relacionado com a idade, e que este declínio varia de acordo com as tarefas em questão (e.g., Park, Lautenschlager, Hedden, Davidson, Smith, & Smith, 2002). Ainda que a explicação dominante para esse facto tenha a ver com as mudanças no cérebro do ponto de vista biológico, que ocorrem com o avanço da idade (West, 1996), é importante considerar que o comprometimento dos processos cognitivos nos idosos está relacionado com

outras mudanças psicossociais que também acompanham o processo de envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990, cit. por McDaniel, Einstein, & Jacoby, 2008). Contudo, além da influência dessas variáveis, alguns tipos de memória são satisfatoriamente mantidos na idade avançada, o que sugere que certas estruturas e processos da memória são mais vulneráveis do que outros nos idosos (Nyberg & Backman, 2001, cit. por Erber, 2013).

De acordo com o modelo de processamento da informação de Atkinson e Shiffrin (1968), a memória pode ser conceptualizada em 3 sistemas: a memória sensorial, a memória a curto-prazo e a memória a longo-prazo.

No que diz respeito à memória sensorial, existe algum declínio relacionado com a idade, contudo, não é significativo perante as diferenças que existem, entre idosos e adultos jovens, noutros testes de memória (Botwinick, 1984, cit. por Erber, 2013). Já a memória a curto-prazo e a memória a longo-prazo comportam outras especificidades.

No que concerne à memória a curto-prazo, que tem uma capacidade limitada e temporária (Cherry & Smith, 1998; Smith, 2006, cit. por Erber, 2013), a componente mais afetada com a idade é a memória de trabalho, provavelmente porque implica uma manipulação ativa da informação (Craik, 1994).

Relativamente à memória a longo-prazo que pode ser categorizada em procedimental, semântica e episódica (Cherry & Smith, 1998; Smith, 2006, cit. por Erber, 2013), a mais afetada pelo declínio associado à idade é a memória episódica (Erber, 2013), mais especificamente a memória temporal, possivelmente porque este tipo de memória pode estar associado a alguma deterioração cerebral, nomeadamente no lobo frontal, que ocorre ao longo do processo de envelhecimento (Kausler, 1994, cit. por Erber, 2013).

Existem também algumas diferenças consequentes do avanço da idade nas diferentes fases de processamento da memória episódica, mais especificamente na fase



de codificação da informação que impele a um maior uso dos recursos cognitivos que, como já foi referido, declinam na velhice (Erber, 2013).

Erber (2013) refere que quanto mais elevado o nível de escolaridade e de envolvimento social, menor o declínio mnésico. Esta afirmação vai ao encontro dos resultados de um estudo longitudinal realizado por Zunzunegui, Alvarado, Del Ser e Otero (2003) que permitiram concluir que a escassez de vínculos sociais, fraca participação social e envolvimento social reduzido predizem um maior risco de declínio cognitivo nos idosos não institucionalizados, independentemente do género. Por sua vez, à semelhança da investigação anterior (Zunzunegui et al., 2003), num estudo de Winningham e Pike (2006), mas com idosos institucionalizados, foi possível concluir que ajudar os idosos a potenciar ou manter a qualidade da sua rede social, possibilita uma melhoria do funcionamento cognitivo, uma diminuição da depressão e promove qualidade de vida. Outros estudos apontam no mesmo sentido (e.g., Krueger, Wilson, Kamenetsky, Barnes, Bienias, & Bennett, 2009; Saczynski, Pfeifer, Masaki, Korf, Laurin, White, & Launer, 2006).

### **Demência e envelhecimento**

A população mundial está a envelhecer, o que por sua vez se reflete num aumento no número de pessoas com demência uma vez que, ainda que esta não seja parte integrante de um processo de envelhecimento normal, afeta maioritariamente os indivíduos em idade avançada (OMS, 2013). O envelhecimento tem sido referido como o principal fator de risco de demência (e.g., Herrera-Rivero, Hernández-Aguilar, Manzo, & Aranda-Abreu, 2010; Luck, Riedel-Heller, Luppá, Wiese, Wollny, Wagner, ... & Moesch, 2010).

A demência é uma síndrome maioritariamente de natureza crónica ou progressiva, causada por uma variedade de doenças cerebrais que afetam a memória, o pensamento, o comportamento e a habilidade em realizar as atividades de vida diária (OMS, 2013). Como referido por Paúl (2014), a demência resulta, também, em perdas ao nível das competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), as projeções de prevalência e incidência indicam que o número de pessoas com demência continuará a aumentar particularmente entre os idosos de idade mais avançada. Estima-se que, a nível mundial, 36,6 milhões de pessoas viviam com demência em 2010, e que este número se duplique a cada 20 anos, resultando em 65,7 milhões de casos de demência em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (OMS, 2013). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) em 2050, 1/3 da população portuguesa será idosa e cerca de um milhão terá mais de 80 anos, em resultado do aumento da esperança de vida/longevidade e da diminuição dos níveis de fecundidade, aumentando assim a prevalência de demência na população portuguesa.

As demências podem ser classificadas de acordo com a sua gravidade, segundo Kurz e Lautenschlager (2010, cit. por Fernandes, 2014), da seguinte forma: *Demência ligeira*, que atinge todo o neórcortex, provocando amnésia e desorientação, assim como perda de atividades de vida diária instrumentais; e a *Demência grave*, que atinge todo o córtex (parietal e temporal) resultando em apraxia e afasia, assim como perda de atividades de vida diária básicas.

As demências mais prevalentes nos dias de hoje são a *demência de Alzheimer (DA)* e a *demência vascular* (Fernandes, 2014). A DA, que se inicia de forma lenta e progressiva, é uma demência que se apresenta sob a diminuição da memória e outras áreas relacionadas com a cognição, assim como através de manifestações

neuropsiquiátricas que se refletem numa perda funcional com consequências negativas do ponto de vista social e ocupacional (APA, 2002, cit. por Fernandes, 2014). Por sua vez, a *demência vascular* está associada a fatores de risco prévios, como hábitos de vida pouco saudáveis, e tem um início abrupto e evolução por degraus, que se pode agravar subitamente perante novos acidentes isquémicos (Fernandes, 2014).

Atualmente, no que toca à demência e uma vez que não tem cura, o trabalho que é feito foca-se sobretudo na tomada de medidas preventivas que atrasem o início ou o desenvolvimento da mesma, nomeadamente em relação aos fatores de risco vascular, como é exemplo a obesidade; aos fatores de risco psicossociais, como a estimulação a nível social e intelectual; e também em relação aos estilos de vida saudável (Fernandes, 2014).

De acordo com um estudo de Wang, Karp, Winblad e Fratiglioni (2002) que teve como objetivo estudar o impacto da interação social e estimulação intelectual no risco de demência em idosos não institucionalizados, conclui-se que atividades de estimulação, mental e social, podem ser protetoras do risco de demência, bem como prevenir o declínio mental.

### **Depressão e sintomatologia depressiva nos idosos**

Os fatores de risco para as perturbações mentais podem ser agrupados em: fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo que os fatores biológicos são os que mais distinguem os idosos dos jovens (Gonçalves, 2014).

De acordo com Charney, Reynolds, Lewis, Lebowitz, Sunderland, Alexopoulos e Young (2003 cit. por Gonçalves 2014), a relação entre o desenvolvimento de depressão e o respetivo impacto é bidirecional, por outras palavras, um determinado fator pode aumentar a probabilidade de um episódio depressivo, assim como esse

mesmo episódio pode reforçar esse determinado fator. Um tipo deste ciclo depressivo é, por exemplo, a associação da solidão com o desenvolvimento da depressão nos idosos, sendo que essa mesma depressão, por sua vez, pode levar a um maior isolamento social (Gonçalves, 2014).

Segundo Fiske, Wetherell e Gatz (2009), a relação entre depressão e deterioração cognitiva também é bidirecional e dinâmica, à semelhança de outros fatores de risco. Ou seja, se por um lado a sintomatologia depressiva pode encontrar explicação nas mudanças cognitivas sentidas pelo indivíduo, essas mesmas mudanças podem despoletar sucessivos episódios depressivos (Fiske et al., 2009).

No que diz respeito à relação entre depressão e envolvimento social, Vink, Aartsen e Schoevers (2008) referem que aspetos quantitativos da rede social, como a frequência dos contactos sociais e o número de vínculos disponíveis para prestar suporte em necessidade, estão associados ao desenvolvimento de depressão nos idosos. Por sua vez, um fator que pode funcionar como protetor no desenvolvimento de depressão, em idade avançada, é a participação em práticas religiosas, uma vez que estas podem aumentar a possibilidade de interação social (Gonçalves, 2014). De acordo com um estudo longitudinal com população não clínica e residente na comunidade (i.e. não institucionalizados), realizado por Glass, De Leon, Bassuk e Berkman (2006), cujo objetivo foi investigar se o envolvimento social é um fator protetor em relação ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva em idosos, conclui-se que o envolvimento social tem uma influência, transversal e constante no tempo, sobre os sintomas depressivos. É importante referir também que, de acordo com um estudo desenvolvido por Djernes (2006), a prevalência de depressão *major*<sup>2</sup> entre idosos a viver

---

<sup>2</sup> A depressão *major* é caracterizada pela presença de episódios depressivos recorrentes com duração de pelo menos 2 semanas (APA, 2013, cit. por Sousa, 2015). Sendo que pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, o episódio depressivo é caracterizado por pelo menos 5 sintomas,

na comunidade é consideravelmente menor comparativamente com idosos a viver em instituições (0,9% a 9,4% em idosos a viver na comunidade e 14% a 42% em idosos institucionalizados).

### **Envolvimento Social na velhice**

Atualmente não há nenhuma definição consensual em relação à definição de envolvimento social, sendo que os termos que surgem na literatura, frequentemente associados ao envolvimento social são: participação social, suporte social e redes sociais (Bath & Deeg, 2005). Não obstante, de acordo com Bath e Deeg (2005), o suporte social pode ser definido como o apoio de que o indivíduo beneficia a nível emocional e instrumental; e, por sua vez, as redes sociais estão relacionadas com o número de contatos com amigos ou vínculos próximos, grupos sociais e organizações. De facto, torna-se difícil definir o envolvimento social, sem o diferenciar das outras conceções que lhe são associadas, uma vez que existe uma relação entre os conceitos (Bath & Deeg, 2005). De acordo com um estudo desenvolvido por Lavasseur, Richard, Gauvin e Raymond (2010), a chave para diferenciar o conceito de envolvimento social de outras conceções tem que ver com o facto deste conceito considerar uma interação do indivíduo com o contexto, enquanto as restantes conceções traduzem apenas o contexto onde a pessoa está inserida. No presente estudo, haverá um enfoque no envolvimento social enquanto processo de interação com o meio, desde uma interação mais formal (por exemplo na participação em eventos da comunidade), a uma mais informal (por exemplo apoio familiar).

De acordo com Rohr e Lang (2009), as funções adaptativas do envolvimento social em idade avançada têm sido foco de grande controvérsia nos conceitos recentes

---

entre eles: insónia ou hipersónia, fadiga ou diminuição de energias, perda ou ganho de peso significativos (APA, 2013, cit. por Sousa, 2015).

de envelhecimento saudável. Nesse sentido, diversos estudos foram realizados de forma a alcançar uma maior compreensão da importância do envolvimento social e variáveis subjacentes no bem-estar dos idosos, entre elas, a educação, o nível socioeconómico, idade, género e estado civil (Bukov, Maas, & Lampert, 2002; Harwood, Pound, & Ebrahim, 2000; Thomas, 2011). Contudo, ainda existe um campo vasto a explorar no que toca ao relevo do envolvimento social para a saúde. De acordo com Rowe e Kahn (1999, cit. por McArthur), a componente-chave para um envelhecimento bem-sucedido é o envolvimento ativo com a vida, independentemente do funcionamento cognitivo e motor ou ausência de doença do indivíduo; portanto, o envolvimento social é visto, de acordo com este modelo, como imprescindível para uma vida saudável. Num estudo longitudinal que tinha por objetivo avaliar a relação entre a prática habitual de exercício físico e o índice de bem-estar psicológico em idosos não institucionalizados, através da aplicação de diferentes inventários e escalas, incluindo a Escala de Envolvimento Social (Morgan, Dalosso, Arie, Byrne, Jones, & Waite, 1987), Morgan e Bath (1998) verificaram que a atividade física contribui de forma independente para a promoção e manutenção do bem-estar psicológicos dos idosos.

É de referir ainda que, para além dos estudos acima referenciados, outros apontam para a relação existente entre o envolvimento social e taxa de mortalidade, depressão, deterioração cognitiva e declínio funcional (e.g., Avlund, Lund, Holstein, & Due, 2004; Glass, De Leon, Marottoli, & Berkman, 1999; Hong, Hasche, & Bowland, 2009; Wang, Krap, Winblad, & Fratiglioni, 2002).

### **Hipóteses deste estudo**

Tendo em conta o objetivo do presente estudo que é analisar o impacto de duas condições sociais diferentes (idosos institucionalizados e frequentadores de centros de

convívio) sobre o declínio mnésico, risco de demência e depressão e envolvimento social, e atendendo aos estudos que demonstram o envolvimento social como fator protetor no declínio mnésico (e.g., Zunzunegui et al., 2003), risco de demência (e.g., Wang et al., 2002) e depressão (e.g., Glass et al., 2006), propõe-se a hipótese de que 1) os idosos institucionalizados diferem significativamente dos idosos frequentadores de centros de convívio no declínio mnésico, risco de demência e depressão e envolvimento social, sendo os idosos institucionalizados mais prejudicados, dadas as características associadas à institucionalização, como a inatividade, monotonia e passividade nas rotinas e relacionamentos (Guedes, 2014). Considerando os resultados de investigações que procuraram estudar os fatores preditores do declínio mnésico, da demência e da depressão nos idosos (e.g., Avlund et al., 2004; Hong et al., 2009; Wang, et al., 2002), e a confirmar-se a primeira hipótese, propõe-se que 2) a condição social, residir num lar ou ser frequentador de centros de convívio, é preditora do declínio mnésico, dos riscos de demência e depressão e do envolvimento social dos idosos.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram no estudo 38 idosos da ilha Terceira, Açores: 18 participantes institucionalizados – residentes em Lar (9 homens e 9 mulheres) com idades compreendidas entre os 67 e os 95 anos (média: 81,78; desvio-padrão: 8,61) e média de escolaridade de 2,94 anos, e 20 frequentadores de 2 Centros de Convívio (20 mulheres), com idades compreendidas entre 65 e 83 anos (média: 71,6; desvio-padrão: 5,98) e média de escolaridade de 3,8 anos.

Foram obtidos dados acerca do estado civil, e profissão de todos os participantes, (Quadro 1), sendo que as profissões foram divididas em 2 grupos: Manual e Intelectual. A designação de Profissão Manual diz respeito a profissões relacionadas com agricultura, pecuária e atividade piscatória; a designação Intelectual, por sua vez, diz respeito a profissões como contabilista e comerciante. No estudo, não foram incluídos participantes com diagnóstico de depressão, demência e psicopatologias, indivíduos com outras situações sinalizadas (e.g., alcoolismo), assim como pessoas cuja autonomia estivesse comprometida nas atividades básicas de vida diária (e.g., fazer a sua higiene) ou nas atividades instrumentais de vida diária (e.g., ir ao supermercado).

Quadro 1 – *Características Demográficas da amostra*

		LAR		CENTROS DE CONVÍVIO	
		N	%	N	%
<b>MULHERES</b>		9	50	20	100
<b>HOMENS</b>		9	50	0	0
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Casado</b>	3	40	15	75
	<b>Solteiro</b>	3	15	0	0
	<b>União de Facto</b>	1	5	0	0
	<b>Divorciado</b>	0	0	0	0
	<b>Viúvo</b>	11	40	5	25
<b>PROFISSÃO</b>	<b>Manual</b>	17	95	18	90
	<b>Intelectual</b>	1	5	2	20

## Instrumentos

### Escala de Barthel

A Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) foi utilizada aquando da seleção dos participantes, para avaliar o grau de independência na realização de 10 atividades



básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Numa escala de 0 a 100, valores de 0-20 indicam dependência total; de 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 dependência leve e 100 independência. O estudo de adaptação da escala para Portugal (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) indica um nível de fidelidade elevado (Alpha de Cronbach de 0,96).

### **Mini Mental State Examination (MMSE)**

O MMSE é um teste de rastreio cognitivo elaborado por Folstein e colaboradores nos anos 70 (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) e validado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho (1994, cit. Simões, 2012). Este teste inclui 11 itens, com tarefas de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade visuo-perceptiva. O score resulta do somatório de todos os itens, sendo que pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico variam de acordo com a escolaridade (analfabetos  $\leq 15$ ; 1-11 anos  $\leq 22$ ; mais que 11 anos  $\leq 27$ ). Tendo sido utilizado para a seleção dos participantes, foram empregues as normas para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994).

### **Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição (EMW-III)**

Trata-se de uma escala da autoria de Weschler (1997) usada na identificação de pessoas com risco de deterioração cognitiva, através da avaliação da aprendizagem, memória e memória de trabalho. É constituída por 11 subtestes, 6 dos quais são provas principais (Memória Lógica I e II, Pares de Palavras I e II, Sequência de Letras e Números, Faces I e II, Cenas de Família I e II e Localização Espacial) e 5 são provas

complementares e opcionais (Informação e Orientação, Listas de Palavras, Controlo Mental, Memória de Dígitos e Reprodução Visual). Na aferição portuguesa realizada por média dos coeficientes de fidelidade para os Índices Principais varia entre 0,77 e 0,93, com uma mediana de 0,88.

### **Escala de Avaliação da Demência – 2 (EAD-2)**

A escala de avaliação de diferentes graus de demência foi elaborada por Jurica, Leitten e Mattis (2001). É composta por 5 subescalas: Atenção (8 tarefas), Iniciação/Perseveração (11 tarefas), Construção (6 tarefas), Conceptualização (6 tarefas) e Memória (5 tarefas). A escala foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Cavaco e Teixeira-Pinto (2011), com normas para indivíduos analfabetos (pontuação bruta de 0 a 144) e com 2 ou mais anos de escolaridade (pontuação bruta de 0 a 129). O coeficiente Alpha de Cronbach é de -3,808 para indivíduos analfabetos, e de -5,413 para indivíduos com mais de 2 anos de escolaridade. Quanto mais elevado o valor na escala, menor o grau de demência.

### **Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15)**

O instrumento de diagnóstico de depressão em idosos, elaborado por Sheikh e Yesavage (1986) e adaptado para a população portuguesa por Apóstolo, Mendes e Rodrigues (2007), foi utilizado para avaliar a presença de sintomatologia depressiva. Trata-se de uma escala de autoavaliação em que as respostas são assinaladas pelo examinador, com 15 itens e duas alternativas de resposta (sim – 1 ponto ou não – 0 pontos; itens 1, 5, 11 e 13 com cotação inversa), consoante o modo como o idoso se tem sentido na semana anterior. A cotação final que resulta do somatório das respostas (valores <5, sem depressão, >5 depressão ligeira, valores >10 depressão grave). O

estudo de adaptação da escala em Portugal revela uma boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0,83) (Apóstolo et al., 2007).

### **Escala de Envolvimento Social (EES)**

Para avaliar o envolvimento social foi utilizada a escala de Morgan, Dalosso, Arie, Byrne, Jones e Waite (1987), que avalia o grau em que os indivíduos se envolvem simbolicamente ou ativamente no meio social. Consiste em 20 itens pontuados dicotomicamente (1 valor para sim, e 0 para não), aplicados sob a forma de entrevista estruturada. O valor de coeficiente de precisão Alpha do estudo original é de 0,70 (Cronbach, 1951, cit. por Morgan et al., 1987), e do presente estudo, 0,78.

### **Procedimento**

Depois da fase de seleção dos participantes, foram realizadas 3 sessões de aplicação individual dos 6 instrumentos: 1) MMSE e EDG-15; 2) EAD-2 e 3) EMW-III e EES. A primeira sessão teve uma duração de aproximadamente 15 a 20 minutos; a segunda de 25 a 30 minutos; e a terceira sessão de 40 minutos.

A aplicação da Escala de Envolvimento Social foi realizada sob a forma de entrevista estruturada, sendo as respostas assinaladas pelo examinador.

As escalas foram aplicadas a todos os participantes, não se tendo registado dificuldades inesperadas na realização das mesmas, mas tendo sido feita uma seleção prévia dos subtestes da EMW-III, nomeadamente Memória Lógica I, Pares de Palavas I, Faces I e Cenas de Família I, de modo a não sobrecarregar os participantes e a evitar possíveis efeitos de cansaço.

## Resultados

O Quadro 2 apresenta as médias e desvios-padrão dos resultados brutos obtidos pelos participantes das duas condições sociais nos diferentes instrumentos utilizados: Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição (EMW-III), Escala de Avaliação da Demência – 2 (EAD-2), Escala de Depressão Geriátrica – 15 (EDG-15) e Escala de Envolvimento Social (EES). É de referir que os dois grupos apresentam níveis de escolaridade diferentes [ $t(36)=-1,88$ ,  $p=.07$ ], sendo que a amostra de frequentadores de Centros de Convívio apresenta um nível de escolaridade mais elevado (média de 3,80, desvio-padrão de 0,83) comparativamente à amostra dos participantes do Lar (média de 2,94, desvio-padrão de 1,76).

Quadro 2 - Médias e desvio-padrão dos instrumentos nas duas condições sociais, lar e centros de convívio

Condição		Idade	EMW-III (min. <sup>3</sup> 0, máx. <sup>4</sup> 219)	EAD-2 (analfabetos: min. 0, máx. 144; ≥ 2anos de escolaridade: min.0, máx.129)	EDG-15 (min.0, máx.15)	EES (min.0, máx.20)
Centro de convívio	N	20	20	20	20	20
	Média	71,60	117,55	129,50	4,50	14,20
	DP	5,98	27,08	13,70	3,89	2,69
Lar	N	18	18	18	18	18
	Média	81,78	72,33	101,22	7,33	9,56
	DP	8,61	29,32	19,40	3,01	2,73
Total	N	38	38	38	38	38
	Média	76,42	96,13	116,11	5,84	12,00
	DP	8,89	35,98	21,77	3,74	3,56

A análise de variância (ANOVA) realizada revelou diferenças significativas entre as duas condições sociais (Lar e Centros de Convívio) quanto ao funcionamento mnésico [ $F(1,36)=24,43$ ,  $p<.001$ ], em que os idosos institucionalizados apresentam um

<sup>3</sup> Min.: Pontuação Mínima

<sup>4</sup> Máx.: Pontuação Máxima

desempenho mnésico mais deficitário; quanto ao risco de demência [F(1,36)=27.38,  $p<.001$ ], sendo os idosos residentes em Lar mais vulneráveis a este risco; ao grau de sintomatologia depressiva [F(1,36)=6,21,  $p<.05$ ], em que os níveis mais elevados correspondem à amostra de idosos em Lar; e também, ao envolvimento social [F(1,36)=27,90,  $p<.001$ ], onde os idosos residentes na instituição exibem valores menores.

### Correlações entre as variáveis do estudo

O Quadro 3 encontram-se os coeficientes de correlação parciais entre os resultados obtidos nos diversos instrumentos e as variáveis idade, escolaridade e género.

Quadro 3 – *Coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis*

	Idade	Escolaridade	Género	Total Demência	Total Escala de Memória	Escala de envolvimento social	Escala de Depressão Geriátrica
Idade	1	-0,30	,39*	-,48**	-,61**	-,56**	0,26
Escolaridade		1	-0,16	,66**	,44**	,33*	-0,12
Género			1	-,33*	-,33*	-,49**	0,11
Total Demência				1,00	,69**	,54**	-0,31
Total Escala de Memória					1,00	,45**	-0,20
Escala de envolvimento social						1,00	-,58**
Escala de Depressão Geriátrica							1,00

\*. Significativo para 0,05.

\*\*. Significativo para 0,01.

É possível verificar (Quadro 3) que a Idade se correlaciona significativamente com as variáveis Demência, Envolvimento Social e Memória. Isto é, idades mais avançadas associam-se a um maior o risco de demência, pior desempenho mnésico, e menor envolvimento social. A variável Escolaridade apresenta correlações significativas com as variáveis Memória, Envolvimento Social e variável Demência. Por outras palavras, níveis mais elevados de escolaridade estão relacionados com um menor risco de demência, melhor desempenho mnésico, e maior envolvimento social. Por sua vez, verifica-se que a variável Demência se relaciona com a Memória e com o Envolvimento Social. Traduzindo, maior risco de demência reflete pior desempenho mnésico e menor envolvimento social. E, por último, a variável Envolvimento Social apresenta-se relacionada com a depressão. Ou seja, um maior nível de envolvimento social associa-se a menor risco de depressão.

### **Análises de Regressões Hierárquicas**

Realizaram-se análises de regressões hierárquicas para investigar qual ou quais os preditores do desempenho mnésico, risco de demência, de depressão, e do envolvimento social. Nas três primeiras análises de regressão (demência, depressão e envolvimento), a capacidade mnésica (escala da memória) entrou no quarto passo. Na quarta análise (memória) o envolvimento social entrou no quarto passo. No quinto passo, entrou o envolvimento social para as duas primeiras análises de regressão e o risco de demência e de depressão respetivamente na terceira e quarta análise. Por sua vez, a variável Condição (Lar e Centros de Convívio) entrou sempre no último passo, de modo a estimar o seu efeito, visto ser um dos principais objetivos do estudo, o impacto da condição social nas diferentes variáveis.

Quadro 4 - *Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de memória*

<b>EWM-III</b>					
<b>Passo</b>	<b>Preditores</b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b><math>\Delta F</math></b>	<b><math>\beta</math></b>
1	Idade	0,37	<b>0,37</b>	20,79***	<b>-0,61</b>
2	Escolaridade	0,44	<b>0,07</b>	4,64*	<b>0,29</b>
3	Género	0,45	0,01	0,42	<b>-0,09</b>
4	EES	0,45	0,00	0,17	<b>0,07</b>
5	EDG-15	0,45	0,00	0,01	<b>-0,01</b>
6	Condição	0,55	<b>0,10</b>	6,52*	<b>-0,48</b>

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

Relativamente à análise de regressão hierárquica realizada para examinar os preditores do nível de memória (Quadro 4) verifica-se que a Idade e a Escolaridade explicam 37% e 7%, respetivamente, da variância do nível da Memória. A condição social explica 10% adicionais de variância. Analisando os valores de  $\beta$ , pode dizer-se que quanto mais avançada a idade, maior o risco de declínio mnésico; quanto mais elevada a escolaridade, melhor o desempenho mnésico; e que residir num lar prediz um maior risco de declínio mnésico do que frequentar centros de convívio.

Quadro 5 - *Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de demência*

<b>EAD-2</b>					
<b>Passo</b>	<b>Preditores</b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b><math>\Delta F</math></b>	<b><math>\beta</math></b>
1	Idade	0,23	0,23	10,67***	-0,48
2	Escolaridade	0,52	0,29	21,35***	0,57
3	Género	0,54	0,02	1,13	-0,14

4	Escala de Memória de Weschler	0,65	0,11	10,10***	0,44
5	Escala de Envolvimento social	0,67	0,03	2,67	0,22
6	<b>Condição</b>	0,71	0,04	4,37*	-0,34

---

\* p ≤ .05;; \*\* p ≤ .01; \*\*\* p ≤ .001

A análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de demência (Quadro 5) mostra que a Idade e a Escolaridade representam 23% e 29% da variância no risco de Demência. A Capacidade Mnésica adicionou 11% da variância explicada. Por último, a variável condição explica 4% adicionais da variância. Analisando os valores de  $\beta$ , quanto mais avançada a idade, maior o risco de demência; quanto maior nível de escolaridade, menor o risco de demência; quanto melhor desempenho mnésico, menor risco de demência; e que residir num lar reflete um maior risco de demência.

Na totalidade, as variáveis consideradas explicam 71% da variância do desempenho na escala da demência.

Quadro 6 - *Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do risco de depressão*

<b>GDS-15</b>					
<b>Passo</b>	<b>Preditores</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b><math>\Delta R^2</math></b>	<b><math>\Delta F</math></b>	<b><math>\beta</math></b>
1	Idade	0,07	0,07	2,51	<b>0,26</b>
2	Escolaridade	0,07	0,00	0,07	<b>-0,05</b>
3	Género	0,07	0,00	0,00	<b>0,01</b>
4	EMW-III	0,07	0,00	0,09	<b>-0,07</b>
5	EES	0,38	0,31	16,26***	<b>-0,74</b>
6	Condição	0,40	0,02	0,85	<b>0,22</b>

---

\* p ≤ .05;; \*\* p ≤ .01; \*\*\* p ≤ .001



O estudo dos preditores do risco de depressão (Quadro 6) indica que o Envolvimento Social explica 31% da variância no risco de Sintomatologia Depressiva. Através da análise dos valores de  $\beta$ , é possível verificar que quanto maior o nível de envolvimento social, menor risco de depressão.

Quadro 7 - *Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de envolvimento social*

Passo	Preditores	ESS			
		$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$
1	Idade	0,31	<b>0,31</b>	16,54***	<b>-0,56</b>
2	Escolaridade	0,34	0,03	1,58	<b>0,18</b>
3	Género	0,43	<b>0,08</b>	5,03*	<b>-0,32</b>
4	EMW-III	0,43	0,00	0,17	<b>0,07</b>
5	EAD-2	0,48	0,04	2,67	<b>0,35</b>
6	Condição	0,52	0,05	3,10	<b>-0,37</b>

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

Por último, segundo a análise dos preditores do Envolvimento Social (Quadro 7), a variável Idade explica 31% da variância deste. Já a variável Género adicionou 8% da variância explicada. De acordo com os valores de  $\beta$ , quanto mais avançada a idade, menor envolvimento social; e idosos do género feminino apresentam maiores níveis de envolvimento social.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto de duas condições sociais (residir num Lar e frequentar Centros de Convívio), sobre o declínio mnésico, o risco de demência e depressão e o envolvimento social em idosos açorianos.

A 1ª hipótese, de que os idosos residentes num Lar têm um declínio mnésico mais marcado, um maior risco de demência e depressão e menor envolvimento social do que os idosos frequentadores de Centros de Convívio, foi corroborada pelas análises de variância. De facto, verificou-se que os idosos, em função das condições - Lar e Centros de Convívio - apresentam diferenças significativas quanto ao funcionamento mnésico, sendo que os idosos institucionalizados apresentam um desempenho mnésico mais deficitário; quanto ao risco de demência, em que os idosos residentes em Lar se demonstram mais vulneráveis; ao grau de sintomatologia depressiva, que é mais elevado nos idosos residentes em Lar; e, quanto ao envolvimento social, sendo os idosos residentes na instituição apresentam níveis menores.

A 2ª hipótese – segundo a qual a condição social - residir num Lar ou ser frequentador de Centros de Convívio - é preditora do desempenho mnésico, dos riscos de demência e depressão e do envolvimento social dos idosos, foi parcialmente corroborada, como demonstrado pelas análises de regressão hierárquica. Relativamente ao declínio mnésico, os resultados apontam para o facto de que residir num Lar prediz um maior risco deste declínio comparativamente com os idosos frequentadores de Centros de Convívio (a condição social explica 10% da variância do desempenho mnésico). Em relação ao risco de demência, a condição social residir em Lar reflete um maior risco do que a outra (4% da variância de risco de demência é explicado pela condição social). Contudo, no que concerne ao risco de depressão e envolvimento social, a condição social não se revelou preditora. Talvez este resultado se tenha devido

ao facto de outras variáveis terem assumido um papel mais preponderante na predição destas duas variáveis: de facto, a variável mais preditora de risco de depressão foi o envolvimento social, com 31% de variância explicada (quanto maior o nível de envolvimento social, menor o risco de depressão) e, o maior preditor de envolvimento social foi a idade, com 31% da variância explicada (quanto mais idade, menos envolvimento social) e, também, o género, com 4% da variância explicada (idosos do género feminino apresentam maiores níveis de envolvimento social).

Estes resultados, por sua vez, podem também refletir as características demográficas das duas amostras, idosos residentes em Lar e frequentadores de Centros de Convívio. Os idosos do Lar apresentaram uma média de idades significativamente mais elevada (média de 81,78 anos) do que os idosos frequentadores de Centros de Convívio (média de 71,6 anos), o que, por si só, e de acordo com a revisão da literatura (e.g., Bukov et al., 2002; Harwood et al., 2000), exerce elevada influência no envolvimento social (quanto mais avançada a idade, menor envolvimento social). Assim, talvez se a variável idade tivesse sido emparelhada nas duas condições (Lar vs. Centro de Convívio), se encontrasse um papel preditivo da condição no envolvimento social. O mesmo se aplica às diferenças de género das amostras (o Lar incluiu 9 homens e 9 mulheres, e os Centros de Convívio 20 mulheres, isto é a integralidade desta amostra). O género feminino revelou-se preditor de um maior envolvimento social, o que vai ao encontro de resultados de estudos anteriores (e.g., Thomas, 2011). O facto de a amostra de Centros de Convívio ser constituída só por mulheres, e o Lar contemplar apenas 9 mulheres, possivelmente contribuiu para que a variância fosse mais explicativa para o género do que para a condição social.

Relativamente ao risco de depressão, o facto do envolvimento social ser o maior preditor, em congruência com investigações anteriores (e.g., Vink et al., 2008), pode ser

explicado pelas mesmas razões, as características demográficas das duas condições que, caso fossem homogêneas (em idade e género), poder-se-ia esperar um efeito da condição sobre o risco de depressão, ou seja, que residir num Lar fosse um fator explicativo de menor envolvimento social, e caso assim o fosse, possivelmente, residir em Lar apresentar-se-ia como fator preditor de risco de depressão.

### **Implicações práticas**

Como observado nos resultados deste estudo, os residentes de Lar apresentam menores níveis de envolvimento social comparativamente com os idosos frequentadores de Centros de Convívio, assim como o envolvimento social se revelou como um fator preditor do risco de depressão. Estes resultados apontam no mesmo sentido do estudo desenvolvido por Djernes (2006), em que a prevalência de depressão major entre idosos a viver na comunidade é consideravelmente menor comparativamente com idosos a viver em instituições (0,9% a 9,4% em idosos a viver na comunidade e 14% a 42% em idosos institucionalizados).

Assim, partindo dos resultados do presente estudo e de estudos anteriores (e.g., Djernes, 2006), tendo por base as características da cultura açoriana, repleta de hábitos e costumes tão peculiares e louvados, como implicações práticas, parece fazer sentido apelar a uma maior integração dos idosos institucionalizados nesses mesmo hábitos e costumes, que não só promovem o seu envolvimento social, mas também os permitem recordar e reviver vivências agradáveis. No mesmo sentido, parece essencial recorrer, também, à promoção de encontros intergeracionais que permitam aos idosos, em particular, institucionalizados, momentos de partilha das suas experiências, permitindo potenciar o bem-estar psicológico e social dos mesmos que, por sua vez, terá impacto direto no seu bem-estar físico. Não obstante, é importante contemplar cada vez mais, os

ambientes físicos e sociais que estão na base da diversidade da população idosa, não definindo um nível ou limiar específico de funcionamento, mas sim uma necessidade de adequação às necessidades de cada indivíduo idoso (OMS, 2015).

### **Limitações e estudos futuros**

Como limitações do estudo, faz sentido apontar a dificuldade de encontrar uma homogeneidade entre os dois grupos, relativamente a algumas variáveis (e.g., idade, género, escolaridade). Se tal tivesse sido possível, talvez o efeito da condição tivesse sido ainda mais marcado e surgisse como preditor de todas as variáveis em estudo, permitindo fazer mais comparações de grupo.

É de referir que a amostra de Centros de Convívio não representa a generalidade dos Centros de Convívio da ilha relativamente ao género. De facto, aquando do pedido de participação no estudo, foi possível verificar que alguns dos Centros de Convívio contavam com indivíduos de ambos os géneros; contudo, foram seleccionados estes dois Centros de Convívio mediante a disponibilidade e interesse dos mesmos em participar. Uma das razões que pode ser explicativa destes dois Centros de Convívio serem frequentados apenas por mulheres, são as atividades lá desenvolvidas que pontuam maioritariamente por tarefas tipicamente mais femininas como bordar, fazer renda, costura, atividades estas que são delineadas pelos próprios frequentadores. Quer a dinâmica quer a frequência de participação nos Centros de Convívio são estipuladas pelos próprios idosos e pela disponibilidade do espaço em questão, sendo que estes dois Centros de Convívio estão em funcionamento duas vezes por semana. Por sua vez, é notória a diferença ao nível do funcionamento dos Centros de Convívio e Lares, em que os Lares beneficiam de intervenção técnica diária nas atividades de animação sociocultural, tendo sempre por base as motivações dos utentes que lá residem.

Em segundo lugar, pode referir-se que a amostra é pequena, 38 sujeitos, sendo que o estudo incluiu apenas um Lar de idosos e dois Centros de Convívio. Caso a amostra fosse de maior dimensão possivelmente encontrar-se-iam resultados que, por exemplo, indicassem a condição social como preditora do risco de depressão e envolvimento social, assim como seria possível realizar uma análise estatística mais sofisticada (e.g., análise Path).

Em terceiro lugar, é de salientar o facto da amostra de este estudo não ser representativa da população portuguesa, uma vez que os participantes são residentes na ilha Terceira, que tem as suas particularidades a nível cultural. Contudo, contribuiu para compreender a dinâmica desta população específica, tendencialmente envelhecida, característica comum a Portugal Continental.

Em futuras investigações, seria interessante incluir o estado civil dos idosos como variável independente. Este aspeto não foi contemplado neste estudo dado o número de variáveis ser já alargado para os modelos de regressão realizados.

Seria também importante aferir a Escala de Envolvimento Social (Morgan et al., 1987) que se revelou neste estudo com um razoável Alpha de Cronbach, ou outras escalas, como a Escala de Integração Social em Idade Avançada (Fuller-Iglesias & Rajbhandari, 2016) para a população portuguesa, atendendo à escassez de instrumentos de avaliação neste âmbito em Portugal.

## Referências

- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2007). Propriedades psicométricas da escala de depressão, ansiedade e stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 66-76.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. Retirado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation*, 2, 89-105. New York: Academic Press. Retirado de <http://cogs.indiana.edu/FestschriftForRichShiffrin/pubs/1968%20Human%20Memory.%20Atkinson,%20Shiffrin.pdf>
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(1), 85- 99. doi:10.1016/j.archger.2003.08.003. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Rikke\\_Lund/publication/9024143\\_Social\\_relations\\_as\\_determinant\\_of\\_onset\\_of\\_disability\\_in\\_aging/links/0fcfd5112a18d90d9f000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rikke_Lund/publication/9024143_Social_relations_as_determinant_of_onset_of_disability_in_aging/links/0fcfd5112a18d90d9f000000.pdf)
- Bath, P. A., & Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2(1), 24-30. doi: 10.1007/s10433-005-0019-4. Retirado de [http://eprints.whiterose.ac.uk/78626/8/WRRO\\_78626.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/78626/8/WRRO_78626.pdf)

- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T., (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journals of Gerontology*, 57(6), 510-517. doi: 10.1093/geronb/57.6.P510. Retirado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/57/6/P510.long>
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., Vaupel, J. W. (2009) Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374 (9696), 1196-1208. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/>
- Costa Jr., P. L., Yang, J., McCrae, R. R. (1998). Aging and Personality Traits: Generalizations and Clinical Implications. In: I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp.33-48). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Paul\\_Costa3/publication/232498076\\_Aging\\_and\\_personality\\_traits\\_Generalizations\\_and\\_clinical\\_implications/links/54ebdb750cf2ff89649e9df8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paul_Costa3/publication/232498076_Aging_and_personality_traits_Generalizations_and_clinical_implications/links/54ebdb750cf2ff89649e9df8.pdf)
- Craik, F. I. M. (1994). Memory changes in normal aging. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 155-158.
- Djernes (2006), J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (5), 372-387.
- Erber, J. T. (2013). *Aging & Older Adulthood* (3ªed.). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fialho, A. & Condessa, I. (2013). (Re)Aprender a brincar: memória de infância dos seniores das ilhas Terceira e Graciosa. In: T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Pimentel



- & A. Fialho (Eds.). *Envelhecer e Conviver* (pp. 153-170). Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852580/>
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Retirado de [http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state\\_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf](http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf)
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In: A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Glass, T. A., De Leon, C. F., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18(4), 604-628.
- Glass, T.A., De Leon, C.M., Marottoli, R.A., & Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319(7217), 1130-1130. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Thomas\\_Glass/publication/12846264\\_Population\\_study\\_of\\_social\\_and\\_productive\\_activities\\_as\\_predictors\\_of\\_survival\\_among\\_elderly\\_Americans/links/54aedc8f0cf21670b3587470.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Thomas_Glass/publication/12846264_Population_study_of_social_and_productive_activities_as_predictors_of_survival_among_elderly_Americans/links/54aedc8f0cf21670b3587470.pdf)

- Gonçalves, D. (2014). Cuidados psicológicos: A depressão em idosos. In: A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Harwood, R. H., Pound, P., & Ebrahim, S. (2000). Determinants of social engagement in older men. *Psychology, Health & Medicine*, 5(1), 75-85. doi: 10.1080/135485000106025
- Hong, S., Hasche, L., & Bowland, S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*, 49(1), 1-11. doi:10.1093/geront/gnp006. Retirado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/49/1/1.long>
- INE (2015). Anuário estatístico de Portugal 2014. Retirado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=224787458&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224787458&PUBLICACOESmodo=2).
- ISS (2015). Guia prático: Apoios sociais – Pessoas idosas. Retirado de [estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B692a962b-f1fd-4a59-9b0f-0167face4473%7D.pdf](http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B692a962b-f1fd-4a59-9b0f-0167face4473%7D.pdf)
- Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., Bennett, D. A. (2006). Social Engagement and Cognitive Function in Old Age. *Journal Experimental Aging Research*, 35(1), 45-60.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141- 2149. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3597625/pdf/nihms2448.pdf>

- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McDaniel, M. A., Einstein, G. O. & Jacoby, L. L. (2008). New Considerations in Aging and Memory: The Glass May Be Half Full. In: F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.). *The Handbook of Aging and Cognition* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Psychology Press.
- Morgan, K., & Bath, P. A. (1998). Customary physical activity and psychological wellbeing: A longitudinal study. *Age Ageing*, 27(3), 35-40. Retirado de [http://ageing.oxfordjournals.org/content/27/suppl\\_3/35.full.pdf](http://ageing.oxfordjournals.org/content/27/suppl_3/35.full.pdf)
- Morgan, K.; Dalosso, H. M.; Arie, T. Byrne, E. J.; Jones, R., & Waite, J. (1987). Mental Health and Psychological Well-being Among the Old and the Very Old Living at Home. *British Journal of Psychiatry*, 150, 801-807.
- OMS (2013). Demencia: Uma perioridad de salud publica. Retirado de [apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf](apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf)
- OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Retirado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Park, D. C., Lauthenchler, G., Hedden, T., Davidson, N. S., Smith, A. D., Smith, P. K. (2002). Models of visualpatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging*, 17, 299-320.
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes soluções. In: A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353-367) Lisboa: Coisas de Ler.

- Rohr, M. K., Lang, F. R. (2009). Aging well together – mini-review. *Gerontology*, 55 (3), 333-43. doi: 10.1159/000212161. Retirado de <http://www.karger.com/Article/PDF/212161>
- Saczynski, J. S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E. S. C., Laurin, D., White, L., Launer, L. J. (2006). The Effect of Social Engagement on Incident Dementia: The Honolulu-Asia Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, 163(5), 433-440. Retirado de <http://aje.oxfordjournals.org/content/163/5/433.full>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. doi: 10.1300/J018v05n01\_09
- Simões, M. R. (2012), Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP*, 34(1), 9-33.
- Sousa, J. S. P. (2015). Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto. Retirado de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG\\_24560.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG_24560.pdf)
- SREA (2015). Anuário estatístico da região autónoma dos Açores 2014. Retirado de <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B692a962b-f1fd-4a59-9b0f-0167face4473%7D.pdf>
- Thomas, P. A. (2011). Trajectories of social engagement and limitations in late life. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 430-443. doi:10.1177/0022146511411922. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Patricia\\_Thomas12/publication/51855733\\_Trajectories\\_of\\_Social\\_Engagement\\_and\\_Limitations\\_in\\_Late\\_Life/links/55ccb8cd08aed3bc0c70825f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Thomas12/publication/51855733_Trajectories_of_Social_Engagement_and_Limitations_in_Late_Life/links/55ccb8cd08aed3bc0c70825f.pdf)

- Vink et al., 2008, D., Aartsen, M. J., Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106 (1-2), 29-44. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Robert\\_Schoevers/publication/6131452\\_Risk\\_factors\\_for\\_anxiety\\_and\\_depression\\_in\\_the\\_elderly\\_a\\_review/links/5534f67a0cf2df9ea6a40d42.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Robert_Schoevers/publication/6131452_Risk_factors_for_anxiety_and_depression_in_the_elderly_a_review/links/5534f67a0cf2df9ea6a40d42.pdf)
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology*, 155(12), 1081-1087. Retirado de <http://aje.oxfordjournals.org/content/155/12/1081.full.pdf+html>
- Weschler, D. (2008). *Escala de Memória de Wechsler (WMS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120, 272-292.
- Winningham, R. G., Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health*, 11(6), 716-721. Retirado de [http://digitalcommons.wou.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=fac\\_pubs](http://digitalcommons.wou.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=fac_pubs)
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (2), 93-100. Retirado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/58/2/S93.full.pdf+html>